



Ne remplir cette fiche qu'une fois l'année

### Père ou Epoux

Nom : ..... Né le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Adresse : ..... Situation : .....  
CP : ..... Ville : .....  
 Domicile     Portable     Professionnel  
...../...../.....  
@ Mail : .....

### Mère ou Epouse

Nom : ..... Née le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Adresse : ..... Situation : .....  
CP : ..... Ville : .....  
 Domicile     Portable     Professionnel  
...../...../.....  
@ Mail : .....

### Profession

Profession : .....  
Employeur : .....  
Adresse : .....

### Profession

Profession : .....  
Employeur : .....  
Adresse : .....

### Allocataire

N° CAF ou MSA : .....  
Représentant Dossier : .....

### Beau-Père

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Adresse : ..... Situation : .....  
CP : ..... Ville : .....  
 Domicile     Portable     Professionnel  
...../...../.....  
@ Mail : .....

### Belle-Mère

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Adresse : ..... Situation : .....  
CP : ..... Ville : .....  
 Domicile     Portable     Professionnel  
...../...../.....  
@ Mail : .....

### Enfant 1

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Sexe : Garçon  Fille

### Enfant 4

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Sexe : Garçon  Fille

### Enfant 2

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Sexe : Garçon  Fille

### Enfant 5

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Sexe : Garçon  Fille

### Enfant 3

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Sexe : Garçon  Fille

### Enfant 6

Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
Prénom : ..... À : .....  
Sexe : Garçon  Fille

### Inscrit

Nom : .....

Classe : .....

Prénom : .....

Ecole : .....



**Accueil à la journée : (7h30/18h30) Début des activités 9h et fin 17h**

### P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

Oui  (merci de fournir le document) Non

Allergie(s) : .....

### Assurance

Assureur : .....

N° de Contrat : .....

Date de validité : ...../...../..... Au ...../...../.....

### Maladie(s)

.....

### Autorisation(s) de l'inscrit

- Autorisation de sortie  
 Autorise mon enfant à rentrer seul après le Centre de Loisirs

### Médecin et Hospitalisation

Nom : .....

☎ : ...../...../...../...../.....

Hôpital (si hospitalisation) : .....

### Contre-indication(s)

.....

### Vaccins

### Date de la dernière vaccination

- DTP/DTCP/DTCPhi ...../...../.....  
 BCG ...../...../.....  
 ROR ...../...../.....

### Autres vaccins

### Date de la dernière vaccination

- ...../...../.....  
 ...../...../.....  
 ...../...../.....

### Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'inscrit

Nom-Prénom :

Liens : (père, ami, tante...)

☎ Domicile

☎ Portable

.....  
.....  
.....

**Demande motivée pour qu'un encadrant prenne en charge votre(vos) enfant(s) à la sortie de l'école à 11h30 :**

### Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom-Prénom :

Liens : (père, ami, tante...)

☎ Domicile

☎ Portable

.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) : .....

- Autorise les services municipaux encadrant l'inscrit à pratiquer les soins d'urgence.
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification.  
(*changement d'adresse, numéros, problème de santé, situation familiale...*).
- M'engage à payer la ou les factures concernant l'inscrit avant la date indiquée.
- M'engage à respecter le règlement intérieur.

### Pièces à fournir

- Justificatif de domicile de - 3 mois  
 Décision de justice selon la situation  
 Carte d'invalidité ou notification MDPH  
 Règlement intérieur signé

### Signature

Date : ...../...../.....